

ANMELDEBOGEN AKUTGERIATRIE

HELIOS Klinikum Schwelm
Klinik für Geriatrie und Tagesklinik
Chefarzt Prof. Dr. med. H. J. Heppner
Universität Witten / Herdecke - Lehrstuhl für Geriatrie



Anmeldung per Fax: 02336/48-41561

Name:
Geburtsdatum:
Straße:
Wohnort:
Krankenkasse:

[Aufkleber]

Ausschlusskriterien:

Überwachungspflicht, ITS, IMC, großflächige Wunden, Pflegestufe 3, akutes Delir, Alter < 65 Jahre

nur nach Rücksprache:

IMC-Stroke, CPU, Notaufnahme

Versicherungsstatus: gesetzlich privat WL 1-Bett WL 2-Bett WL-Chefarzt

Ärztlicher Ansprechpartner: _____ Telefon: _____ (bitte unbedingt angeben!)

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Anmeldung durch: HELIOS andere Klinik Hausarzt Sonstige _____

→ Entlassungstermin: _____

Reha-Behandlung in den letzten 6 Monaten? Nein Ja: _____

Bereits für eine Reha-Maßnahme angemeldet ? Nein Ja: _____

Diagnosen (aktuelle Behandlungshauptdiagnose bitte kennzeichnen)

Wunden Nein Ja: Lokalisation: _____

Dekubitus Nein Ja: Lokalisation: _____ Graduierung: _____

Drainagen Nein Ja **Stomata** Nein Ja **Dialyse** Nein Ja

Isolationspflichtige Keime Nein

MRSA MRGN _____ ; species: _____ Sonstige: _____ Lokalisation _____

Barthel Index < 30 Punkte 30-60 Punkte >60 Punkte

Werden Hilfsmittel verwendet? Rollstuhl Rollmobil Gehstütze Prothese

Kognitiver Leistungsabbau? Nein Ja **Demenz** Nein Ja **Weglauftendenz** Nein Ja

Gesetzliche Betreuung besteht Nein Ja: Betreuer _____

Vorsorgevollmacht besteht Nein Ja: Bevollmächtigter _____

ANMELDEBOGEN AKUTGERIATRIE

HELIOS Klinikum Schwelm
Klinik für Geriatrie und Tagesklinik
Chefarzt Prof. Dr. med. H. J. Heppner
Universität Witten / Herdecke - Lehrstuhl für Geriatrie



Anmeldung per Fax: 02336/48-41561

Fraktur Extremitäten / Becken
Vollbelastung

Teilbelastung mit _____ kg für die Dauer von _____ bis zum _____

Kontrollen (Röntgen, Wiedervorstellung, ...): _____

Fraktur Wirbelsäule

Patient darf sitzen stehen gehen

Korsett Nein Ja

Besondere Lagerung: Nein Ja: _____

Kontrolluntersuchungen: _____

Welches Therapieziel soll erreicht werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Optimieren der Akuttherapie | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Abklärung geriatrischer Syndrome | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Pflegebedürftigkeit |
| <input type="checkbox"/> Steigerung der Alltagskompetenz | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Verkürzen vollstationärer Behandlung | |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität, Sturzprävention | |

Bisherige soziale Situation; Versorgung; Unterbringung:

- eigene Wohnung / Haus
 Partner/Angehörige alleine ambulanter Pflegedienst
- Betreutes Wohnen
 Pflegeheim
 Pflegestufe 0 1 2 3

Welches sozial-geriatrisches Therapieziel soll erreicht werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rückkehr in die eigene Wohnung | <input type="checkbox"/> Einrichtung einer Pflegestufe |
| <input type="checkbox"/> Betreuung durch ambulanten Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
| | <input type="checkbox"/> Heimunterbringung |

Zustimmungserklärung:

Einer Verlegung in die Klinik für Geriatrie am HELIOS Klinikum Schwelm stimme ich zu. Mit der Teilnahme an verschiedenen therapeutischen Einheiten (Physio-/Ergotherapie, Logopädie, aktivierende Pflege, ...) zur Wiedererlangung meiner Alltagskompetenz bin ich einverstanden. Das Merkblatt zur geriatrischen frührehabilitativen Therapie wurde mir ausgehändigt.

Unterschrift

<i>Wird von der Klinik für Geriatrie ausgefüllt</i>	
Indikation: <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben	Termin am: _____
Termin: <input type="checkbox"/> direkt <input type="checkbox"/> zeitversetzt	Aufnahme Station __ __
abzuklären:	
_____ Datum	_____ Datum
_____ Unterschrift Arzt	_____ Unterschrift Sekretariat